

## ニチイ教育講座 受講申込書

- ①「ニチイ教育講座」の受講をお申し込みのお客様へ(受講規約)  
 ②「介護職員初任者研修」の受講をお申し込みのお客様へ(受講規約)  
 ③本申込書下段に記載の「個人情報のお取り扱いについて」

左記の①または②および③に同意のうえ、申し込みます。

同意します (同意される方は左記にチェックしてください)

**\*太線内をご記入ください**

フリガナ	姓	名	性別	男・女	生年月日	西暦	年	月	日	年齢	歳
お名前											
住所	〒 -										
職業	① 会社員      ② 主婦      ③ 高校生      ④ 大学生・短大生      ⑤ 専門学校生      ⑥ パート・アルバイト ⑦ 自営業      ⑧ 医療関連従事者      ⑨ 介護関連従事者      ⑩ 無職      ⑪ その他										
電話番号	-				携帯電話番号	-					
Eメールアドレス	@										
保護者署名					印	*18歳未満の方は必ず保護者の方の署名と捺印をお願いします。					

\*コンビニ決済、クレジットオンライン支払いをご利用希望の方はパソコンまたはスマートフォンのメールアドレスをご記入ください。  
\*迷惑メール防止のため、メール受信設定をされている方は、あらかじめ設定を解除、あるいは「edfncs.nichiigakkan.co.jp」のドメイン指定を行ってください。

### 1. ご希望講座

\* ご希望の講座名をご記入ください。

お申し込み講座

[ ] 講座

### 2. 学習形態

\* ご希望の学習形態をお選びください。医療事務講座、介護福祉士実務者研修の方は希望コースを選択してください。

学習形態

通学       通信       通信+スクーリング

\* 介護職員初任者研修をお申し込みの方は学習形態の選択は不要です。

【医療事務講座】希望コース

医科      ① 通学      ② 通信      ③ 医科コンピュータセット      ④ コンピュータ調剤セット  
 ※医科・歯科セットは各々の希望コースを選択してください。

※医科・歯科セットは各々の希望コースを選択してください。

速修 病院受付

① 通学

歯科

① 通学      ② 通信

【介護福祉士実務者研修】希望コース

通信+通学

① 無資格者      ② ホームヘルパー2級修了生      ③ 介護職員初任者研修修了生  
 ④ ホームヘルパー1級修了生      ⑤ 介護職員基礎研修修了生

### 3. 希望クラス【通学、通信+スクーリングのみ】

第1希望

①( )月生      ②( ) 教室      ③開講日 (      年      月      日      曜日 )  
 ④クラス ( 午前・午後・夜間・短期・全日・その他 [      ] )

第2希望

①( )月生      ②( ) 教室      ③開講日 (      年      月      日      曜日 )  
 ④クラス ( 午前・午後・夜間・短期・全日・その他 [      ] )

### 4. お支払い方法

\* ご希望の支払い方法・カードの種類・支払回数などを○で囲んでください。

現金

①払込票決済(コンビニ・ゆうちょ)      ②コンビニ決済(セブンイレブン、ローソン、ファミリーマート、ヤマザキデイリーストア、ミニストップ、セイコーマートなど)

クレジット  
オンライン

③クレジットカード一括:カード会社名【      】  
 \*お手持ちのカードに[VISA・MASTER・JCB・American Express・Diners]のロゴが入っているカードがご利用できます。  
 ④ニチイクレジット分割 分割回数( 3・6・10・15・20・24 )回  
 \*信販会社の「審査」が行われます。 \*講座により、分割払いの有無や分割回数が異なります。

※②③④はパソコンまたはスマートフォンにてお手続き可能な方限定。必ずメールアドレスをご記入ください

### 5. 割引のご利用

\* 割引をご利用になる場合は、ご希望される割引を1つチェックしてください。

\* 割引制度の併用はできません。また、講座によってはご利用できない割引もございます。予めご確認ください。

紹介割引

紹介者氏名 (      )      紹介者受講番号 (      )  
 まなびID(受講生ID)(      )

受講経験割引

受講講座 (      )      受講番号 (      )  
 まなびID(受講生ID)(      )

学生割引

学校名 (      )      学籍番号 (      )  
 \* 必要により、学生証の提示を求める場合があります。

### 6. 給付制度をご利用になる場合には、下記にチェックしてください。

\*ご利用できない講座もございます。予めご確認ください。

教育訓練給付制度(一般教育訓練)       自立支援教育訓練給付金事業

### 7. 教材お届け希望時間帯指定(無料) ご希望の時間帯をご指定ください。

午前中       12~14時       14~16時       16~18時       18~21時

なお、物流の関係上、一部エリアでご希望に沿えない場合もありますので、予めご了承ください。

#### 個人情報のお取り扱いについて

ご記入いただいたお客様の個人情報の使用目的は以下のとおりです。

- ① 当社からの教育講座のご案内      ② 当社からの①以外の商品・サービスのご案内
- ③ 当社からの就職に関するご案内      ④ お客様との連絡および満足度等の調査
- ⑤ (一財)日本医療教育財団の証書発行のための財団への個人情報の提供
- ⑥ 行政への許可申請を目的とした個人情報の提供      ⑦ 当社監督のもの、業務の一部を委託する場合
- ⑧ 法令により許される開示の場合      ※③は証書発行に係る講座に限ります。

<個人情報お問い合わせ窓口> ※開示などのご請求も承ります。

株式会社 ニチイ学館 教育担当

TEL. 0120-212-656 (受付時間:平日9:00~17:15)

当社使用欄

↓下記までお送りください。

〒101-8688 東京都千代田区神田駿河台2-9  
 株式会社ニチイ学館 教育講座受講受付係